

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

334

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves EVENOU

Né le 3 janvier 1908, à Saint-Lô (Manche).

Présentée et soutenue publiquement le 21 DEC. 1942 10 ..

Etude comparative

de la valeur

des différents moyens de drainage

après l'hystérectomie abdominale

Président : M. QUÉNU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **EVENOU.**

Prénom : **Yves.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

EVENOU (Yves). — Etude comparative de la valeur des différents moyens de drainage après l'hystérectomie abdominale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

EVENOU (Yves). — Etude comparative de la valeur des différents moyens de drainage après l'hystérectomie abdominale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

EVENOU (Yves). — Etude comparative de la valeur des différents moyens de drainage après l'hystérectomie abdominale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

EVENOU (Yves). — Etude comparative de la valeur des différents moyens de drainage après l'hystérectomie abdominale. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves EVENOU

Né le 3 janvier 1908, à Saint-Lô (Manche).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

**Etude comparative
de la valeur
des différents moyens de drainage
après l'hystérectomie abdominale**

Président : M. QUÉNU. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieu, 29
1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	MONDOR.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	PORTES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	LEVEUF.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LOEPER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	BROCQ.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	DONZELOT.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANÇON Justin.	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie	médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
BROUËT	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (II.)	Physique.		RENARD	Ophtalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FEVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-PRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER	Anatomie	pathologique.			
VILLARS					
DE GENNES	Pathologie	médicale.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	— Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie	PIEDELIEVRE . . .	Médecine légale.
	chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN QUENU

Professeur de Clinique Chirurgicale
A la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Hommage respectueux et re-
connaissant.*

AU DOCTEUR HENRI BOMPART

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Péan

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et, qui pendant cinq
années, nous honorant de sa con-
fiance et de son amitié, fût no-
tre Maître de tous les instants.*

*Qu'il veuille trouver ici le
sentiment profond de notre re-
connaissance respectueuse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE CHAILLEY-BERT

Professeur Agrégé de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris
Chargé de Cours d'Education Physique

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUSSER

Chef de Travaux Pratiques d'Anatomie Pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Que nous remercions profondément de l'appui total et réconfortant qu'ils nous ont apporté en des heures difficiles.

AU DOCTEUR JACQUES DIEU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital du Mans

Qui fut notre initiateur.

Hommage de l'ex Interne provisoire de Marjolin.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR FELIX RAMON. (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY. (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX. (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON.

Professeur Honoraire de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Ancien Président de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et
syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

Professeur de Clinique Neurologique
à la Faculté de Médecine de Paris.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIGNES.

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.

MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN MARIE.

Médecin des Hôpitaux de Paris.
Médecin de la Cité Universitaire.

Hommage de notre reconnaissance pour l'enseignement précieux que nous en avons reçu.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE CAEN

MONSIEUR LE DOCTEUR DESBOUIS.

MONSIEUR LE DOCTEUR LECORNU.

MONSIEUR LE DOCTEUR COLLIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR HISSARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBET.

*Qui ont guidé nos premiers
pas dans la carrière médicale.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL PEAN

MONSIEUR LE DOCTEUR F. BESSET.

MONSIEUR LE DOCTEUR C. ROCHE.

MONSIEUR LE DOCTEUR DIDIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BOMPART.

MONSIEUR LE DOCTEUR H. MILHIET.

*Qui nous ont tant appris en
nous faisant participer à leur
tâche quotidienne.*

Hommage de notre gratitude.

INTRODUCTION

La méthode du drainage fut préconisée pour la première fois vers le milieu du XIX^e siècle, et demeura longtemps appliquée uniquement au traitement des plaies infectées avant de retenir l'attention des chirurgiens qui intervenaient sur l'abdomen, et qui à cette époque le refermaient systématiquement. C'est en présence des nombreux accidents enregistrés que finit par se faire jour l'idée d'appliquer cette méthode à l'abdomen.

De cette époque jusque vers 1900, la pratique du drainage abdominal, rapidement répandue, fut utilisée avec excès. Il s'en suivit une période de réaction qui s'étendit jusqu'aux environs de la fin de la Grande Guerre, et au cours de laquelle on tendit à restreindre le drainage, voire même à le supprimer complètement. C'est seulement au cours de la période actuelle que l'on tenta de faire le point, entre deux tendances opposées, et d'établir des indications raisonnées du drainage ou du non drainage.

Encore actuellement, l'accord est loin d'être réalisé en ce qui concerne le drainage après l'hystérectomie. et nous pensons qu'il n'est possible de se faire une opinion, qu'en discutant les avantages et les inconvénients des différents drainages.

Après avoir étudié les indications du drainage en soi, puis les voies et les modes de drainage, nous envisagerons de choisir une technique personnelle selon les cas.

CHAPITRE I

INDICATIONS DU DRAINAGE EN SOI

Sans vouloir retenir toutes les indications qui en ont été données dans les dernières années du siècle dernier, notons seulement que MICKULICZ en 1886, POZZI et Pierre DELBET en 1890, en reconnaissaient un assez grand nombre. Celui-ci a été réduit par l'asepsie rigoureuse, et la protection réelle du péritoine au cours des interventions, il existe cependant encore des indications précises de drainage. Après l'hystérectomie abdominale en particulier, certaines circonstances peuvent permettre de discuter l'indication et l'avantage du drainage. Selon les différents auteurs, deux causes peuvent être envisagées : l'hémorragie, l'infection.

L'HEMORRAGIE.

Il s'agit de l'hémorragie en nappe au niveau d'une zone dépéritonisée; elle est un danger par sa persistance, et parce que le sang ainsi épanché, peut être considéré comme un excellent milieu de culture. Ces cas sont relativement rares, et l'hémostase souvent possible rend le drainage inutile. Nous ferons pourtant deux réserves à l'affirmation d'HARTMANN et de

METZGER : « le drainage hémostatique de Mikulicz n'appartient plus qu'à l'histoire ».

D'abord les cas ou, en présence d'une malade affaiblie, il faut limiter le temps de l'intervention; ensuite les cas ou la malade présente un retard de coagulation, qui la prédispose aux hémorragies, comme c'est le cas pour certaines hépatiques (*Société de chirurgie de Paris*, 2 juin et 7 juillet 1926).

La question de l'hémorragie, a été discutée surtout à propos de la rupture de la grossesse extra-utérine, mais on peut l'étendre à tout épanchement sanguin intra-péritonéal. Le danger d'une telle hémorragie, réside moins dans son importance, que dans les phénomènes infectieux, qu'y peut essaimer un foyer septique de voisinage. Dans ces cas seuls les phénomènes d'infection surajoutée, peuvent commander le drainage. (*Congrès de chirurgie*, année 1927 à 1929, page 238).

L'INFECTION.

Elle constitue l'indication valable du drainage, qu'il s'agisse d'une infection produite au cours de l'intervention, telle est la rupture du pyo-salpinx au cours de la libération, ou d'une infection péritonéale réalisée avant l'intervention : collection purulente enkystée, ou suppuration diffuse. Dans ce dernier cas, deux conditions, permettraient de ne pas drainer : l'ablation totale du foyer d'infection, et l'intervention précoce. Dans le cas contraire, l'extension des lésions ne permet plus leur extirpation en totalité, l'état général s'est aggravé, la résistance de la malade s'est affaiblie, son péritoine est altéré : il faut drainer.

Disons que certains auteurs ont tenté de baser l'indication du drainage sur la notion de virulence du microbe en cause. Il s'agit là de procédés de labora-

toire incertains et longs. Tout au plus pourrait-on dire que la présence de pus à odeur fétide commande le drainage, et que par ailleurs après hystérectomie pour infection perpérale grave, il faut drainer largement, puisqu'on se trouve en présence d'une véritable septicémie à localisation péritonéale.

En résumé, après hystérectomie abdominale, trois éventualités sont à envisager.

Premièrement les cas où l'indication du drainage est indiscutable. Nous en prenons comme type, le gros pyosalpinx rompu lors de sa libération.

Deuxièmement, les cas où le drainage est inutile : prenons-en comme type l'hystérectomie pour fibrome petit sans lésions annexielles ; le plus souvent il s'agira là, d'une opération parfaitement aseptique, dans laquelle le péritoine a été protégé contre tous contacts septiques, avec une hémostase suffisante et une péritonisation parfaite.

Troisièmement enfin, les cas où l'indication du drainage se discute :

Nous en prendrons comme type, les cas de salpingite parfaitement refroidie, dans lesquels on trouve néanmoins des adhérences solides, ou encore l'hystérectomie pour fibrome volumineux, où l'intervention est rendue difficile par une cavité étroite et profonde ou bien par une paroi adipeuse ; les vaisseaux sont congestifs, et si parfaite que soit l'hémostase, le chirurgien a le droit de redouter dans les jours qui vont suivre, une forte exsudation séro-sanguinolente. Dans tous ces cas l'hésitation est légitime, et le chirurgien basera sa décision sur l'examen des éléments d'appréciation que nous venons d'indiquer. Ils sont notoirement des cas d'espèce, et seront tranchés, dans le sens des préférences ou des opinions personnelles de chacun.

Signalons enfin que dans certains cas, le chirur-

gien aura à choisir, entre l'indication du drainage et celle du lever précocé.

Si l'état des lésions et le déroulement de l'acte opératoire, permettent d'envisager l'éventualité d'un lever précoce, il ne peut plus être question de drainer.

Mais dans ces cas et dans ces cas seulement — répétons-le encore — la question du drainage peut et doit se poser.

Le chirurgien pourra résoudre cette question par l'affirmative ou la négative, sans que de sa décision, puisse la plupart du temps résulter des risques importants pour la malade.

Certains, en effet, drainent systématiquement, tandis que d'autres, non moins systématiquement s'y refusent. Dans l'un et l'autre groupe se comptent de grands noms de la chirurgie, et l'examen scrupuleux et impartial de leurs statistiques respectives, les unes aussi favorables que les autres, ne vient apporter aucun argument de valeur, pour ou contre, dans la discussion.

Mais peut-être n'est-ce pas sur ce terrain qu'il convient de chercher la vérité. Ne serait-il pas plus logique de penser que pour chacun de ces cas — de ces cas d'hésitation — il existe une technique de drainage appropriée à tel cas particulier et qui permettrait, sans aucun inconvénient pour la malade, de réduire au minimum — si petits soient-ils — les risques d'infection post-opératoire.

CHAPITRE II

ETUDE DES DIFFERENTES VOIES DE DRAINAGE

Après l'hystérectomie abdominale, nous avons le choix entre deux voies pour effectuer le drainage dont nous aurons posé l'indication : le drainage par voie basse, et le drainage par la paroi abdominale antérieure.

Le drainage par voie basse.

La voie vaginale fut la première employée, en raison disaient les promoteurs de cette méthode, de la situation déclive du cul-de-sac de Douglas.

Le drainage par voie basse reconnaît plusieurs techniques. Il s'agit tantôt d'un simple drainage vaginal, après hystérectomie totale; il se pratique en fermant partiellement le vagin à droite et à gauche du drain.

Tantôt encore, on termine par un ourlet avec un surjet hémostatique, qui permet l'emploi de mèches, tantôt on utilise le drainage transcervical.

Pour C. DANIEL, (Gynécologie et Obstétrique, Bucarest, 8 octobre 1923, tome II, page 7).

« Tous les points du plancher pelvien qui don-

« nent accès dans le vagin, peuvent être utilisés pour
« établir le drainage vaginal :

Cul-de-sac postérieur,

Cul-de-sac vaginal antérieur,

Le fond du vagin,

Col et cul-de-sac postérieur à la fois,

Le canal cervical ».

Il utilise presque exclusivement le canal naturel du col utérin autant pour l'écoulement des liquides accumulés dans le petit bassin que pour l'hémostase.

« Le drainage transcervical est facile, rapide, anastomique; la technique simple, consiste à dilater le
« col, souvent après évidemment conoïde du moignon ».

On peut encore fendre la lèvre postérieure du col, donc la partie supérieure et postérieure du vagin, afin de réaliser parfaitement un drainage en décline.

Le drainage par voie basse, peut encore être réalisé, en laissant la grande cavité abdominale, en contact avec le drain, cependant, cette façon de faire ne nous paraît pas compatible avec un vagin largement ouvert.

Reste enfin le drainage par voie basse associé au cloisonnement. C'est un bon procédé, mais il exige des sutures particulièrement soigneuses, sans un hiatus, qui favoriserait les occlusions post-opératoires. Il vaut certainement mieux ne pas faire de cloisonnement qu'un cloisonnement médiocre.

Le drainage par voie basse est direct, il conduit du bassin évidé à extérieur, sans prendre contact avec les anses grêles, ni avec l'épiploon, retenus qu'ils sont dans le grand bassin, par l'S iliaque largement étalé.

Le Professeur CUNEO, utilise un drain n° 40, et deux mèches assez épaisses, le drain est fixé par un

cat-gut, sur la tranche vaginale, et les deux mèches tassées dans les paramètres et le Douglas; les mèches sont enlevées le quatrième jour, le drain tombe spontanément.

J.-C. BLOCH, (Médecine, Avril 1937, page 300) estime que cette façon de faire supprime tous les accidents, dans leur cause même, en drainant au point déclive, une zone qu'on peut isoler de la cavité abdominale. Il pense que l'on pratique trop souvent le drainage abdominal au cours de l'hystérectomie, et préfère toutes les fois que cela est possible, le drainage par hystérectomie totale, ou par section du col et du dôme vaginal.

Pour lui, on peut du reste limiter le drainage à la zone cervicale, et au tissu cellulaire sous-péritonéal, en péritonisant classiquement au-dessus du drainage. De ce fait l'issue des sérosités provenant du col septique, se fait par le vagin, sans risques pour la grande cavité abdominale. Le col est ainsi maintenu béant, et il n'existe pas de cavité close résultant de la fermeture hermétique du col.

TOUPET, (Traité de gynécologie, page 238) pense également qu'après hystérectomie totale, un gros drain vaginal est une excellente solution; applicable même aux sub-totales, à condition de fendre la face postérieure du col d'un coup de ciseaux.

D'autres défenseurs de la voie basse, ont également invoqué des raisons esthétiques pour justifier leur choix. Nous ne retiendrons pas pourtant cet argument, car à vrai dire, il ne peut valablement être invoqué.

Nous pouvons en effet affirmer, de la façon la plus formelle, que le système des trois drains, par exemple, ne laisse aucune cicatrice de drainage, et que dans les semaines qui suivent l'intervention, il est im-

possible, dans la grande majorité des cas, de retrouver surajoutée à la plaie abdominale une cicatrice de drainage. Ce système, nous le répétons, ne modifie en rien la cicatrice opératoire.

En fait la critique générale de cette voie de drainage a été faite par DE MARTEL. Pour lui, chez la malade couchée, on ne peut raisonnablement parler de drainage déclive. Théoriquement cette objection est valable. On peut cependant y répondre, que rien n'empêche de placer la malade en position assise, ou demi-assise de Fowler, et que d'autre part, même chez la malade couchée le drainage s'effectuera par contre pression, bien que, comme il le fait remarquer, le cul-de-sac de Douglas, se trouve plus bas situé, que l'orifice de sortie du drain vaginal. Donc, pour valable quelle soit, cette objection ne semble peut-être pas avoir toute la valeur que lui prêtait DE MARTEL.

Plus importante à notre sens est la constatation suivante : les mèches ou le drain vaginal, mettent en communication le Douglas, considéré dans le cas particulier, comme plus ou moins septique, et d'autre part le vagin qui est certainement septique. Si nous admettons le principe du drainage du Douglas en direction du vagin, nous devons admettre la possibilité d'un cheminement microbien en sens inverse. Dans ces conditions, pour avoir voulu drainer un Douglas suspect, par voie vaginale, nous lui faisons courir le risque d'une infection secondaire à point de départ vaginal.

Il faut aussi tenir compte de ce fait que le drainage vaginal, même systématiquement décidé, n'est pas toujours réalisable; le chirurgien peut rencontrer des conditions qui rendent la totale particulièrement difficile, aussi, lorsqu'il existe de vieilles lésions annexielles, avec des adhérences en un feutrage épais et vasculaire, des scléroses du ligament large, ou bien lorsqu'on opère des femmes à bassin profond à paroi adi-

peuses, ou encore des malades qui poussent, on arrive parfois à faire tout juste une sub-totale ordinaire ou avec évidemment du col. En prolongeant l'effort on pourrait faire une totale, mais dans ces cas, s'il n'y a pas obligation absolue d'enlever le col et la collerette vaginale, il faut savoir s'arrêter et terminer rapidement par un Mikulicz régulièrement placé.

Pour nous, le drainage vaginal n'est acceptable que dans les cas de lésions très septiques, nettement localisées au petit bassin. Dans ces conditions, nous isolerons complètement par un cloisonnement, la grande cavité péritonéale aseptique, d'une région septique, qui sera largement drainée par le vagin.

Nous pratiquerons alors, selon le cas, soit un cloisonnement vésico-sigmoïdien, si l'infection s'étend à tout le petit bassin, soit un cloisonnement vésico-rectal, si nous n'avons à exclure que le fond du Douglas.

Il ne sera pas question de cloisonner si l'infection a dépassé le petit bassin; nous drainerons alors, par en bas, grâce à un vagin largement ouvert, mais nous lui associerons un drainage large par la paroi abdominale antérieure.

Le drainage par voie haute.

Après l'hystérectomie abdominale, le drainage par la paroi abdominale antérieure, se pratique par l'incision de la laparotomie, le plus souvent médiane.

On a cru pendant longtemps, qu'il suffisait de laisser le ventre largement ouvert, pour favoriser l'issue des sécrétions péritonéales, et cette opinion conduisit les opérateurs à laisser béante la plaie opératoire. Les résultats furent décevants, car l'intestin seul se présentait à la plaie, tandis que les liquides restaient dans la profondeur. Cette façon de faire donna de nom-

breuses éviscérations, auxquelles ne pouvaient s'opposer les quelques mèches placées au devant des anses intestinales. Enfin, l'organisation rapide d'adhérences au pourtour de l'incision, et la suppression de la pression positive normale dans la cavité abdominale, négativaient complètement le drainage.

La béance de la plaie ne favorise pas le drainage, bien au contraire, elle le supprime, car l'écoulement à l'extérieur des sécrétions péritonéales, et des produits infectieux, ne peut être réalisée, que par la pression de l'intestin et du diaphragme. Cette pression est réalisée par la chute des anses intestinales, au fond de la cavité pelvienne. Elle est maxima dans le Douglas dans la position demi-assise, et les grandes inspirations, la toux, l'augmentent notablement. Signalons que la position demi-assise, permet l'accumulation des liquides dans le Douglas, d'où ils seront chassés par la pression abdominale. Notons enfin, que cette notion de la pression abdominale, n'a de valeur que dans les cas où le drainage, est assuré par des tubes, et n'entre pas en ligne de compte pour les drainages capillaires.

Les inconvénients du drainage par voie haute ne sont guère que ceux des différents procédés utilisés et leur gravité est surtout fonction de la gravité des lésions qu'il est appelé à traiter. En dehors des cas que nous avons énumérés plus haut et qui justifient le choix de la voie basse, nous pensons que dans la presque totalité des autres cas, où l'indication de drainage est posée, le choix de la voie haute demeure la meilleure solution.

CHAPITRE III

ETUDE DES DIFFERENTS MODES DE DRAINAGE

Plusieurs procédés se partagent la faveur des chirurgiens, nous pouvons les classer en deux catégories :

A — Les drainages par tubes.

B — Les drainages par mèches.

A — LES DRAINAGES PAR TUBES.

Le drainage de caoutchouc.

Quelles que soient ses différentes modalités le drain de caoutchouc de Chassaignac, reste toujours utilisé. Il est choisi d'un calibre plus ou moins grand, en moyenne du 40 ou du 45 il plonge à travers la plaie abdominale et est placé au fond du Douglas. Il est laissé en place plus ou moins longtemps, et certains auteurs préconisent même par ce moyen un drainage de quarante-huit heures.

Que dire de ce procédé ?

Il paraît justifier deux groupes de critiques, les unes dirigées contre son principe, les autres contre certaines de ses applications.

En 1890 Pierre DELBET, avait conclu à la non-efficacité de ce drainage. Il avait remarqué, qu'il s'écoule peu de liquide par la lumière du tube, même si l'on augmente la pression abdominale. Il démontre en outre qu'après quarante-huit heures, des adhérences se forment autour du drain, et l'isolent complètement de la grande cavité abdominale. Il ne draine plus alors que le mince canal demeuré autour de lui.

Pour d'autres auteurs, ce drain fonctionne normalement de douze à vingt-quatre heures, puis cesse de fonctionner.

Si nous voulons l'enlever, nous risquons un commencement de notre cavité péritonéale, par les microbes développés à l'abri de ce bouchon et à son niveau.

Ainsi donc, ce drain qui n'a pas rempli l'office que nous en attendions, nous devons par prudence le laisser en place, pour éviter de propager l'infection contre laquelle il devait lutter, et nous pourrions déjà faire nôtre l'opinion de TOUPET (*Traité de Gynécologie*, p. 237).

« Mettre un petit drain de la grosseur d'un crayon
« m'a toujours paru illusoire. »

Mais en admettant même qu'il ait fonctionné normalement, sans s'obstruer, que faut-il penser d'un drainage de quarante-huit heures ? Il ne nous semble pas possible de l'accepter. Ou bien l'indication du drainage, était vague, imprécise, pratiquement inexistante, et il eut alors mieux valu s'en dispenser totalement, ou bien il y a infection latente ou effective et un drainage trop peu prolongé ne nous permettra pas de nous en rendre maître; il nous exposera au contraire à tous les risques d'une péritonite secondaire.

Dans l'espoir d'améliorer ce procédé, certains auteurs ont proposé de remuer quotidiennement le drain, de le raccourcir. Raccourci ou non, il n'en demeure pas moins bouché, et garde tous ses inconvénients.

Cette façon de faire ne paraît guère rendre le procédé plus brillant, et il paraît pouvoir être rejeté dans la majorité des cas.

Le changement de drain.

C'est un procédé que nous avons vu maintes fois utiliser. Il consiste à mettre en place le jour de l'intervention, un drain de caoutchouc analogue au précédent, n° 45. Au bout de 48 heures et après aspiration préalable, ce drain est enlevé et remplacé par un autre de calibre inférieur, du n° 35 par exemple. A nouveau après 48 heures, on aspire et on remplace par un n° 25.

Ce procédé nous paraît excellent, en ce sens qu'il remédie aux inconvénients habituels du gros drain mis en place une fois pour toutes; il permet de prolonger le drainage autant qu'il est nécessaire. Il va sans dire que ce procédé ne représente pas le drainage idéal dans les cas graves, mais il donne cependant dans les cas de gravité moyenne, des suites opératoires brillantes.

Disons dès maintenant que l'emploi de tout procédé de drainage, dans lequel le drain de caoutchouc joue le rôle prépondérant, ne se peut concevoir que moyennant des pansements faits soigneusement, et avec le souci constant d'éviter l'enlèvement prématuré accidentel du drain, avec la compresse qui le recouvre.

Signalons dès maintenant que nous ne devons jamais introduire dans l'abdomen des drains de caoutchouc, munis de trous latéraux à l'intérieur desquels l'épiploon pourrait avoir tendance à s'engager, ce qui nous exposerait à des arrachements de ce dernier, au moment de l'ablation du drain.

Ajoutons qu'au moment de retirer un drain il faut l'obstruer au moyen d'une pince de Kocher. Nous enlè-

verons alors le drain avec tout le pus qu'il contient, et qui faute de cette précaution serait retombé à l'intérieur de la cavité.

Le procédé des trois drains.

Nous avons vu utiliser ce procédé, pendant cinq années, et avec une fortune constante. Ici, au lieu d'un seul drain de fort calibre, nous plaçons trois drains de calibre moyen de la taille d'un crayon environ. Ils sont ensemble mis côte à côte en bonne place, et fixés isolément à la peau avec un fil de lin.

Au bout de quarante-huit heures, on enlèvera un de ces drains, puis un second quarante-huit heures plus tard, et enfin le troisième.

Le drainage ainsi obtenu restera efficace pendant toute la période ou il paraîtra s'imposer; même si l'un de ces drains — et même les trois — venaient à se boucher.

Le drainage s'effectue en effet dans ce cas, grâce à des phénomènes de capillarité dans l'intervalle des drains, qui continueraient à se produire quand bien même les trois drains seraient totalement obstrués. En outre ce procédé présente l'avantage de ne nécessiter pour les pansements qu'un personnel moins expérimenté, les drains étant fixés, et fixés isolément ne sauraient être enlevés accidentellement.

La lame de caoutchouc ondulée.

Cette lame peut être utilisée seule ou associée à des mèches qu'elle recouvre. Elle représente un bon procédé de drainage. Nous ne le citerons que pour mémoire, en raison des deux critiques que l'on peut lui adresser. En temps normal il s'agissait déjà là d'un procédé relativement coûteux.

La deuxième critique est purement d'actualité et cessera d'être valable lorsque les circonstances nous permettront de trouver dans le commerce cette lame de caoutchouc ondulée.

B — LE DRAINAGE PAR MECHES.

Nous étudierons en premier, le drainage par mèches isolées. C'est un procédé de drainage basé sur la capillarité, la mèche de gaz isolée, fonctionne à la façon d'une mèche de lampe. C'est un bon procédé de drainage, mais il n'est pas à l'abri des critiques. D'abord les phénomènes de capillarité dus à la gaze, ne peuvent assurer une évacuation complète de sécrétions pathologiques abondantes. En effet la gaze est hémostatique, grâce à ses fines mailles, mais celles-ci arrêteront tout aussi bien des liquides purulents épais. En outre, il se produira rapidement autour des mèches comme autour des drains, des adhérences suffisantes pour les isoler de la cavité abdominale. De plus des expériences ont démontré que sitôt les phénomènes de capillarité arrêtés, c'est-à-dire dès la saturation des mèches, le pus macère, il se fait de la rétention, et ainsi peut-être facilitée l'infection secondaire. Nous devons nous souvenir de cette donnée expérimentale, pour déterminer la date optima d'ablation des mèches. En dehors de ses propriétés hémostatiques, auxquelles nous faisons allusion, la gaze provoque presque immédiatement la formation d'adhérences, qui peuvent intéresser l'épiploon, les anses intestinales, et même la paroi. Certains auteurs ont voulu voir là un phénomène favorable, et l'interprètent comme un renforcement et une activation des moyens de défense naturelle du péritoine. Quoi qu'il en soit disons dès maintenant qu'il faut utiliser des mèches larges, bien tassées les unes à côté des autres, en évitant toute solution

de continuité, en raison des étranglements toujours possibles.

Néanmoins, il est peut-être juste de penser avec J.-C. BLOCH (Médecine, avril 1937, tome 18, page 298 et 302) que les adhérences aux anses intestinales, peuvent en dehors de l'accident initial qu'elles représentent, être la source d'accidents consécutifs à l'extraction du drainage. Il s'agirait pour lui d'une diffusion de l'infection par mobilisation du drainage.

Le Professeur GOSSET semble partager cette opinion, et apporte à l'appui de ses dires, quelques observations de péritonites à coli-bacilles, consécutives à des hystérectomies pour fibromes, et qu'il rapporte à la mobilisation de l'appareil de drainage.

Il est vrai d'ajouter que l'on peut remédier dans une large mesure, aux inconvénients d'adhérences des mèches. On peut par exemple associer les mèches à la lame de caoutchouc ondulée. On tassera les mèches à l'intérieur de la lame, qui les enrobera ainsi complètement; en somme, dans ce procédé, la lame de caoutchouc, remplace le sac du drainage à la Mikulicz.

On peut encore utiliser le « drain cigarette », qui est constitué par une mèche de gaze entourée de cellophane. On obtient ainsi un tunnel lisse, qui permet un drainage relativement large.

Rappelons enfin que les mèches peuvent être utilisées aussi bien par voie vaginale, que par voie abdominale.

LE MIKULICZ.

Peu de procédés de drainage ont suscité autant de polémiques et de discussions depuis son apparition en 1887. Il représente la forme amplifiée du drainage par mèches, et a subi de nombreuses modifications au

cours de sa carrière. Nous en prendrons comme type de description, celle qu'en donne le Professeur J.-L. FAURE, qui fut en France, son défenseur le plus éminent (Cancer de l'utérus, Paris, 1926, page 169).

Le Mikulicz, ce compose essentiellement :

1) D'un sac de gaze simple, à mailles moyennes, taillé suivant un cercle de 50 centimètres de diamètre. Au centre est fixée une soie forte, qui nous servira, lors de l'ablation à décoller le sac.

2) De six mèches de gaze de 3-4 centimètres de largeur 3-4 centimètres d'épaisseur, longues de 1 mètre 50.

3) De cinq à six compresses de gaze, rectangulaires de 40 à 50 centimètres de longueur, sur 8 à 10 de largeur et 6 à 8 d'épaisseur. Chacune de ces compresses portera un fil distinctif, destiné à reconnaître l'ordre dans lequel elles devront être enlevés.

Il est bon au moment où on met le Mikulicz en place, de disposer en même temps à côté du sac, allant jusqu'au fond du bassin, un drain ne portant qu'un seul trou, à son extrémité profonde, et destiné à permettre le lavage de la cavité et le décollement du sac, que le liquide aborde par sa profondeur. (J.-L. FAURE et SIREDEY. Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, p. 1148 et 1149).

Ce matériel sera bien entendu stérilisé.

Lors de sa pose, nous veillerons à ce que les anses intestinales, soient encore refoulées complètement hors de la cavité par les champs ou les compresses abdominales placées à cet effet au début de l'intervention. Une pince, saisit alors le sac par le point d'attache de la soie, il est étalé soigneusement sur toutes les parois et au fond de la cavité. Le sac étant maintenu en place, chaque mèche ou compresse est soigneusement

tassée, en insistant particulièrement sur les zones déperitonisées. Le sac et sont contenu doivent remplir exactement la cavité, et de ce fait, lorsque les champs abdominaux seront enlevés, les anses intestinales, devant lesquelles on aura autant que faire se peut ramené l'épiploon, viendront doucement buter contre le matériel de drainage. Il faut se souvenir que les mèches doivent être modérément tassées; trop tassées, elles déterminent une compression du rectum, insuffisamment tassées, elles ne favorisent guère le drainage capillaire.

Le Mikulicz, étant ainsi en place, on suturera la paroi jusqu'à son niveau, en l'étranglant légèrement, pour éviter l'issue des anses intestinales, à l'occasion d'un effort, toux ou vomissement. Des fils d'attente sont laissés à la partie inférieure de la plaie, afin d'en permettre la réunion secondaire après ablation du sac. Recouvrant le tout, un gros pansement, qui sera changé fréquemment, au moins le premier jour, dans la mesure ou il sera souillé.

Les opinions diffèrent, entre partisans du Mikulicz, en ce qui concerne la date d'ablation.

MIKULICZ, lui-même préconisait l'ablation précoce; il enlevait les bandelettes intérieures après quarante-huit heures, et le sac deux ou trois jours plus tard, sans que celui-ci puisse être enlevé avant le cinquième jour.

Voici au contraire les indications d'ablation que donne le Professeur J.-L. FAURE. Selon lui, il ne faut jamais se presser, et sauf exception, cet enlèvement ne doit pas être terminé avant le neuvième ou dixième jour. Voici la progression observée (Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, J.-L. FAURE et SIREDEY, p. 1147).

Le premier pansement est fait au bout de quarante-huit heures, au cours de celui-ci, on enlève les compresses situées à l'intérieur du sac. En principe, elles

sont toutes enlevées ce jour là, sauf si la malade souffre, ce qui n'est pas rare. Deux jours après, ablation des compresses restantes, et des mèches profondes. Il ne reste plus que le sac. Le sixième jour, on commence des lavages par le drain avec de l'eau additionnée d'eau oxygénée. Leur but est double : désinfecter la plaie, et décoller le sac. A partir du huitième jour, quelques tractions permettent d'apprécier son degré d'adhérence. S'il résiste, il vaut mieux attendre encore un jours de plus. Il est rare de devoir attendre le dixième ou le onzième jour, en principe, le neuvième, le sac se décolle sans douleurs, et la soie permet de l'enlever facilement en le retournant à la façon d'un doigt de gant.

Le délai de dix jours recommandé par J.-L. FAURE, nous paraît digne d'être retenu. Sans suivre exactement cette façon de faire, nous avons vu souvent un de nos Maîtres, enlever le Mikulicz en totalité, au même pansement, vers le dixième jour, après lavages préalables à l'eau oxygénée, et à l'aide d'une légère bouffée de chlorure d'éthyle.

Nous considérons en tout cas que son ablation le sixième jour, est presque toujours prématurée, et ne réalise qu'un drainage insuffisant dans le temps.

Nous admettons volontiers que cette façon de faire soit quelques fois possible; il ne saurait pour autant s'agir là d'une règle de conduite habituelle, mais bien plutôt de cas particulièrement favorables, pour lesquelles malgré tout, l'ablation au sixième jour ne saurait représenter qu'une précocité limite. Au contraire, le onzième jour passé, nous nous trouverons en règle générale, devant des adhérences nombreuses, organisées et puissantes. Il nous faudra alors décoller très doucement les mèches à l'eau oxygénée, en évitant toute manœuvre brutale, partant traumatisante. Pour éviter toute réaction à la malade nous nous sommes

trouvés heureusement aidés, dans quelques cas d'ablation tardive, par une légère bouffée de chlorure d'éthyle.

Qu'il nous soit permis de souligner enfin, que plus l'indication du drainage à la Mikulicz était discutable, plus nous rencontrerons de difficultés dans l'ablation du sac.

En effet, en présence d'une grosse infection, nous enlèverons un sac gluant, chargé de sécrétions pathologiques, et il se sera décollé doucement, il aura glissé sans effort, et sans douleurs pour la malade.

Au contraire, si nous avons drainé à tort, ou choisi sans raisons suffisantes le Mikulicz, nous aurons des adhérences solides, sèches; l'ablation sera douloureuse, difficile, et pourra provoquer dans les jours qui suivront, un suintement séro-sanguinolent.

Voyons maintenant l'accueil qui fut fait au Mikulicz, et les polémiques passionnées qu'il a soulevées.

C'est au cours de la séance du 26 janvier 1927, que le Professeur J.-L. FAURE, cherchant à convaincre Pierre DUVAL, adversaire déterminé du Mikulicz, prononça un discours passionné dont nous extrayons ces quelques lignes :

« Le Mikulicz isole le foyer d'infection, il le sépare
« des anses intestinales mobiles qui sont le principal
« véhicule de son extension, et il laisse le ventre ouvert permettant l'évacuation des produits septiques
« que le péritoine le plus résistant ne parvient pas
« toujours à détruire ». (Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie, 53-95-110 du 2 février 1927.)

Puis, soulignant quelques « reproches discrets » que lui avait adressés le Professeur CADENAT, il ajoutait : « Pour moi, j'ai dit tout ce que j'avais à dire du

« Mikulicz en Gynécologie; AUVRAY, CADENAT, « SAUVE, DE MARTEL, comme CHEVRIER, comme DE « FOURMESTREAUX, sont venus confirmer mes dires ».

Le 2 février de la même année le Professeur LECENE déclarait :

« Le tamponnement avec le Mikulicz n'est qu'un « procédé de large drainage et d'hémostase d'une ca- « vité dont les parois infectées et cruentées, ne peu- « vent guère être autrement traitées ».

Puis après avoir déclaré qu'à son heure le Mikulicz avait été un réel progrès, il ajoutait :

« A aucun moment on ne nous a parlé ici des « inconvénients réels, ni surtout des dangers très réels « du Mikulicz, éviscérations post-opératoires précoces, occlusions intestinales, péritonites secondaires, « fistules stercorales ou urinaires, éventrations tardives avec adhérences en nappe. »

De son côté SAUVÉ affirmait avec force :

« Je reconnais trois indications fondamentales du « Mikulicz : le cas où la péritonisation étant impos- « sible, il constitue une méthode merveilleuse non « seulement de drainage, mais surtout d'isolement des « anses intestinales, du foyer pelvien septique, le cas « où l'état du malade force à limiter au maximum les « temps de l'opération, enfin le cancer du col utérin. « Je ne mets pas de Mikulicz en dehors de ces trois « cas fondamentaux. Ceci dit, je tiens à reconnaître « que le Mikulicz, est souvent une méthode héroïque « et merveilleuse ».

Le 16 février, Jean BERGER classait les cas, dans lesquels il reconnaissait une réelle valeur au Mikulicz, et terminait en disant :

« Je me hâte de dire que ces cas se présentent « assez rarement et que je considère le Mikulicz,

« comme une méthode à employer exceptionnelle-
« ment, dans des circonstances bien déterminées, gra-
« ves. Je crois qu'il faut le considérer comme un pro-
« cédé de sauvetage merveilleux, dans les cas où l'on
« est en droit de redouter des complications hémor-
« ragiques ou infectieuses graves ».

Pierre BAZY, diminuait encore la proportion des cas où le Mikulicz trouve selon lui une utilisation rationnelle.

TOUPET, le 9 mars 1927, écrivait, dans le Bulletin de la Société de Chirurgie :

« Le Mikulicz n'est plus un procédé de drainage,
« c'est maintenant un état d'esprit. Auprès de QUENU
« et d'HARTMANN, j'ai pu apprendre la valeur inap-
« préciable d'une hémostase réglée, de la perfection
« des sutures et de la péritonisation soignée. En en-
« seignant que le Mikulicz pourra désormais rempla-
« cer tout cela, vous tuerez le scrupule opératoire chez
« les jeunes chirurgiens, vous leur apprendrez à se
« bâter, à devenir négligents ».

TOUPET écrit encore ailleurs (Traité de Gynécologie, page 237) qu'il considère le Mikulicz comme une précieuse ressource dans certains cas graves, mais souligne qu'il avait été trop généralisé par J.-J. FAURE, et insiste sur la nécessité de le poser correctement. Il termine en faisant justice des critiques exagérées, qui sont adressées à ce procédé.

« Il est une cause d'éventrations, dit-on ? Il en
« existe, c'est un fait, mais elles ne sont pas la règle,
« loin de là.

« Il prolonge les suites opératoires ? Mais qui em-
« pêche de fermer secondairement la brèche, quel-
« ques jours plus tard, si la plaie ne suppure pas ?

« Il provoque des adhérences post-opératoires ?
« La question est loin d'être résolue. J'ai ré-opéré des

« malades chez lesquelles j'avais mis un Mikulicz; j'ai
« dans certains cas trouvé un petit bassin absolument
« libre, complètement recouvert de péritoine, alors
« que ré-opérant après une opération bénigne et asep-
« tique, j'ai trouvé des adhérences inextricables.

« J'ai la conviction conclut-il que le Mikulicz est
« dans certains cas une ressource précieuse, mais il
« faut savoir le mettre correctement ».

De la confrontation des différents auteurs, nous pensons qu'il est désormais possible de se faire une opinion objective applicable aux exigences de la pratique quotidienne.

Nous pensons qu'il n'est pas possible de nier la valeur du Mikulicz, qui est d'autant plus grande qu'il ne doit être utilisé que dans des cas particuliers et graves. Nous ne voulons pas dire pour autant qu'il s'agisse d'un procédé de drainage d'utilisation exceptionnelle, mais ses indications formelles se posent malgré tout d'une façon relativement rare. Enfin nous tiendrons compte de l'opinion de TOUPET, pour lequel la valeur du Mikulicz sera fonction de la façon dont il aura été posé, et dépendra aussi beaucoup du choix judicieux de l'époque et du mode d'ablation.

CHAPITRE IV

CHOIX PERSONNEL D'UNE TECHNIQUE SELON LES CAS

En résumé, tous ces drainages sont défendables, ils ont leurs avantages et leurs inconvénients, mais il est bien difficile d'en tenter une classification selon leur valeur; aucun d'eux n'a de valeur absolue, aucun d'eux ne peut être considéré comme un procédé passe partout, et ils ne valent, les uns et les autres que par les applications qui en sont faites. Il ne nous est pas davantage possible de poser les règles précises, qui permettraient de décider à coup sûr de l'indication du drainage, dans les cas précisément, en présence desquels nous hésitons légitimement. Aussi longtemps que ces règles sûres ne pourront pas être formulées, le drainage restera une question controversée, dans ses indications et ses procédés.

Il faut bien dire d'ailleurs, que si, parfois on peut préjuger de l'indication du drainage, avant l'intervention, ce ne sera bien souvent qu'après la laparotomie, en présence même des lésions, que l'opérateur pourra en toute connaissance de cause, préciser cette indication, l'étendre ou la rétrécir, et choisir judicieusement le procédé le meilleur appliqué au cas considéré. On ne peut dans ce domaine exercer un choix théorique,

subjectif, le choix ne peut être que pratique, objectif, appliqué, tout au plus peut-on préciser des tendances.

Pour nous, un gros pyo-salpinx rompu, commande le drainage large, sous deux formes, au choix.

Si la grande cavité est infectée, indication formelle du Mikulicz. Si l'infection est limitée au petit bassin, nous pouvons envisager le cloisonnement avec drainage par voie basse. Signalons que certains chirurgiens drainent en profondeur par la paroi abdominale antérieure, malgré un cloisonnement vésico-rectal ou vésico-sigmoïdien. Cette façon de faire ne doit pas être retenue. En procédant ainsi, on exclut en effet une région éminemment suspecte, pour drainer à travers une région aseptique isolée, ce qui à notre sens, rend le procédé, non seulement suspect, mais dangereux. Si, pour quelque raison que ce soit, nous tenons essentiellement à ce cloisonnement, nous devons alors nous borner à drainer exclusivement par voie basse.

Une hématoecole organisée avec des caillots adhérents qui laissent après ablation des couennes fibreuses épaisses et de larges zones dépéritonisées peut s'infecter.

Dans de tels cas, un seul drain, même en bonne position, constituerait sûrement une imprudence, tandis que le Mikulicz serait sans doute beaucoup. Nous donnerons alors la préférence à la lame de caoutchouc ondulée, autour de deux mèches, ou encore aux mèches enveloppées de cellophane.

Restent enfin tous les cas pour lesquels l'opérateur hésite légitimement à poser l'indication du drainage. Pour eux pas de règles précises, ils se ressemblent tous, mais différents, les uns des autres par des nuances qui doivent être sans conteste laissés à la libre appréciation de chacun. On pourrait dire pourtant que parmi ceux-ci, il en est qui sans comporter

l'indication formelle du drainage, le commandent néanmoins par prudence. Nous voulons parler de ces cas, ou devant un péritoine même peu abîmé, on est en droit de redouter une grosse sécrétion dans les jours qui vont suivre : tels sont les fibromes volumineux, les cols succulents qui suintent à la section ; la présence de tissus congestifs, de vaisseaux dilatés, de liquide séro-sanguinolent dans le Douglas, constituent pour nous l'indication du drainage de prudence. Nous ne nous bornerons pas pourtant à drainer quarante-huit heures, et nous n'utiliserons pas le Mikulicz, mais nous accorderons notre préférence, soit à la méthode du changement de drain, soit au procédé des trois drains

CONCLUSIONS

I. — En dehors de quelques cas bien tranchés, nettement définis, où l'indication du drainage se pose formellement, elle sera dans les autres cas, une question de technique personnelle. On peut schématiser cette proposition de la façon suivante :

- a) Le pyo-salpinx rompu, se draine largement.
- b) L'hystérectomie pour petit fibrome, se referme sans drainage.
- c) La salpingite bien refroidie, un peu adhérente, le gros fibrome très congestif, seront ou non drainés, selon les opinions et les tendances de chacun.

L'indication de drainage une fois posée, nous devons choisir entre deux voies :

- a) Voie basse.
- b) Voie haute.

La voie basse ne possède qu'apparemment, l'avantage d'être un drainage en déclive : en effet le fond du Douglas est plus bas situé que l'orifice vaginal. Le cheminement microbien peut parfaitement se faire, en sens inverse du drainage, c'est-à-dire, du vagin vers le péritoine.

Cette voie n'est donc acceptable que dans les cas

de lésions très septiques, nettement localisées au petit bassin dans lesquelles on isole complètement par cloisonnement la grande cavité péritonéale, aseptique, d'une cavité septique largement drainée par le vagin.

Le drainage abdominal, convient à notre sens, à la majorité des autres cas.

III. — Plusieurs modes de drainage sont à envisager, et nous avons à choisir pratiquement, entre le drain et les mèches.

a) Le drain de caoutchouc.

La durée du drainage ainsi obtenu est limitée. Le tube doit être changé au bout de 48 heures, pour un drain de calibre plus petit, à moins d'utiliser les phénomènes de capillarité du faisceau de 3 drains fins que nous avons décrit.

b) Le drainage par mèches.

Les mèches isolées, risquent au cours de leur trajet intra-abdominal, de créer des zones d'adhérences en brides, et il nous semble préférable, quand on veut les employer, de les enrober d'une lame de cellophane.

Le Mikulicz est parfait dans tous les cas profondément infectés, qui seront suivis d'une exsudation ou d'une suppuration abondante.

Dans le drainage par voie basse, le drain ou les mèches sont utilisées indifféremment.

IV. — Le choix de la voie et du mode de drainage, ne peut être défini par une formule rigide, et doit être fixé pour chaque cas, au cours de l'intervention.

Nos préférences personnelles nous portent à choisir dans les cas très infectés le Mikulicz, et dans les formes où il faut prévoir une exsudation de moyenne importance, le drainage abdominal par tube changé tous les deux jours, ou le faisceau de trois drains fins.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
JEAN QUENU

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS. — Drainage tubulaire en chirurgie abdominale. (Lancet, 1914, t. I, p. 1174).
- ANDRE. — Le drainage de l'abdomen par la méthode de Mikulicz. (*Thèse de Paris*, 1926).
- AUBERT. — Le drainage après les interventions abdominales gynécologiques. (*Thèse de Lyon*, 1902-1903).
- BERGE. — Drainage à la Mikulicz en chirurgie gynécologique. (*Thèse de Bordeaux*, 1926-1927).
- BONNEAU (Raymond). — Le grand drainage par voie vaginale après hystérectomie abdominal totale. (*La Gynécologie*, n° 2, p. 72-76, février 1933).
- BONNET (Paul). — Occlusion de l'intestin grêle après la pose du Mikulicz. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 30 juin 1927).
- BONNEAU (Raymond). — La Gynécologie, février 1933, p. 72.
- BLOCH (J.-C.). — Médecine, avril 1937, t. 18 — p. 298-302.
- MICHEL (R.)-BECHET. — Drainage à la Mikulicz et suture intestinale, p. 10.
- BOVIS (DE). — Le drainage en gynécologie. (*Semaine médicale*, 1912, 21 août, p. 397-402).
- BRENANS. — Drainage à la Mikulicz et ses inconvénients. (*Thèse de Lyon*, 1893-1894).

- BOXER et NOVAK. — Etude expérimentale du drainage. (*Wiener Klin. Woch.*, 17 février 1910).
- CADENAT (F.-M.) et PATEL. — Le drainage en chirurgie abdominale. Paris 1928, p. 15-17, 43 à 46.
- CHARLES (A.). — Du drainage par le procédé de Mikulicz. (*Thèse de Paris* 1892).
- CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage, p. 122.
- DAMBRIN-THOMAS. — Fibrome volumineux inclus dans le ligament large, hystérectomie, drainage à la Mikulicz. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 18 : 650, novembre 1929).
- DANIEL (C.). — Le drainage transcervical dans l'hystérectomie sub-totale. (*Gynécologie et obstétrique*, Bucarest, 8 octobre 1923, t. II, p. 7).
- DARTIGUES. — L'hystérectomie abdominale totale avec drainage péritonéal direct. (*Presse Médic. Paris*, 1921, XXIX, 861-863).
- DELBET (P.). — Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine. (*Annales de Gynécologie*, février-mars 1890, t. XXXIII, p. 93-188).
- DELANNOY (E.). — La pratique du Mikulicz en Gynécologie. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1925, t. XXIV, p. 467).
- DIAMANT-BERGER. — Le drainage dans l'hystérectomie sub-totale. (Séance du 4 février 1938.) (*Bull. et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris*, t. XXX, n° 3 et 4, 1938).
- DIAMANT-BERGER (M.). — A propos du drainage après les hystérectomies. (*Sté des Chirurg. de Paris*, Sce du 18 mars 1938. In : *Bull. Chirurg. de Paris*, t. 30, n° 5-6, p. 13, 1938).
- FAURE (J.-L.). — Le drainage systématique à la Mikulicz

- dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin. (*Société d'obst. et de gynécologie*, Paris, 10 septembre 1923).
- Cancer de l'utérus — 1926 — p. 169.
- Pratique chirurgicale illustrée — Fasc. II.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de Gynécologie Médico-chirurgicale, p. 1147 à 1149.
- GUERIN. — Drainage dans la laparotomie pour inondation péritonéale. (*Société de Chirurgie de Paris*, 1900, p. 368).
- GUERIN (Léon)-LAJOIE. — A method of transcervical drainage in purulent infections of the pelvis requiring supravaginal hysterectomy. (*The Canadian Medical Assoc. Journal*, n° 3, p. 375-378. March 1930).
- GUILLEMOT. — Drainage en Gynécologie. (*Thèse de Paris*, 1913-1914).
- GUILLOU. — Drainage dans les opérations gynécologiques : emploi de la sonde de Pezzer. (*Thèse de Paris*, 1920-1921, p. 11-14).
- HUGNIER. — Drainage à la Mikulicz dans les opérations pelviennes. (*Société des chirurgiens de Paris*, 6 février 1925, p. 63, 20 février 1925, p. 124, 6 mars 1925, p. 164).
- LANOS (J.). — Drainage après hystérectomie subtotale. (*Société des Chir. de Paris*, See du 4 mars 1938; in *Bull. et Mém. des Chirurg. de Paris*, t. 30, n° 5-6, p. 121-125, 1938).
- LECENE. — A propos du Mikulicz. (*Bull. Mém. Soc. Nat. de Chirurg.*, 53-127-131. 12 février 1927).
- LEDoux. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage. (*Thèse de Paris*, n° 35, 1924. MALOINE Edit.).

- LEFORT (R.). — Du drainage pour les interventions de gynécologie. (*Soc. obst. et gyn.*, Lille, 1^{er} mars 1922).
- *Bulletin de la Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1922, t. XXI, p. 517 à 521.
- MANON (M.). — Sur l'emploi du Mikulicz dans onze cas d'hystérectomie. (*Bull. Mém. Soc. de Chirurg. de Paris*, 21 : 572-579. 1929).
- MASSABUAU-GUIBAL (A.). — Perforation de pyosalpinx en péritoine libre, hystérectomie subtotale, Mikulicz guérison. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 22 : 587-590, juin 1933).
- PRESTON (D.-J.). — Adequate transvaginal drainage of pelvis. (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 41 : 700-703, avril 1941).
- ROUSSEAUX (R.). — Pyosalpinx perforé en péritoine libre hystérectomie sub-totale Mikulicz guérison. (*Bull. Soc. Obst. et Gynec.*, 21 : 571-574. octobre 1932).
- SAUVE. — A propos du Mikulicz. (*Bull. Mém. Soc. Nat. de Chirurg.*, 53 : 95-110, février 1927).
- TOUPET. — Traité de gynécologie, p. 237-238.
- *Bulletin de la société de chirurgie*, 9 mars 1927).
- VIOLET. — Le drainage dans les laparotomies gynécologiques. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1906, p. 510-594).
- Comment terminer les opérations gynécologiques au point de vue de l'emploi du drainage et de l'emploi du Mikulicz. (*La Gynécologie*, avril 1927, p. 193-204).
- VERGNE. — Valeur du Mikulicz — Action — Indication — Danger de l'ablation précoce. (*Thèse de Lyon*, 1898-1899).

DISCUSSIONS DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE PARIS

- 2 juillet 1919. — Discussion sur le Mikulicz. FAURE J.-L.,
QUENU, PAUCHET, HARTMANN, DELBET P. — p.
1038 à 1050.
- 16 juillet 1919. — Sur le tamponnement en chirurgie ab-
dominale. — QUENU, FAURE (J.-L.), — p. 1147-
1150.
- 8 juillet 1925. — DE FOURMESTREUX — L'hystérectomie
large dans le cancer de l'utérus. — LAPOINTE,
CHEVRIER, FAURE (J.-L.), BAZY (L.) — p. 831-
837.
- 23 juin 1926. — AUVRAY. — A propos du Mikulicz — p.
729-732.
- 26 janvier 1927. — A propos du Mikulicz — SAUVE, MAR-
TEL (DE) — p. 95.
- 2 février 1927. — LECENE — A propos du Mikulicz — p.
127.
- 16 février 1927. — Même discussion — BERGER, DUVAL
(P.), MOCQUOT (P.), BAZY (P.) — p. 213-221.
- 23 février 1927. — Même discussion. — THIERY, HART-
MANN, CHEVRIER, ROUTIER, FAURE (J.-L.) — p.
273-294.
- 9 mars 1927. — TOUPET. — Sur le Mikulicz — p. 412.

